

DAMPAK PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN REPRODUKSI TERHADAP PENGETAHUAN SIKAP DAN PRAKTEK SANTRI PONDOK PESANTREN DI SEMARANG

THE IMPACT OF GIVING THE EDUCATION OF REPRODUCTIVE HEALTH TOWARD KNOWLEDGE ATTITUDE AND PRACTICE OF TEENAGER SANTRI OF ISLAMIC BOARDING IN SEMARANG

Haning Khoirunisa, Zahroh Shaluhiah, Priyadi Nugraha Prabamurti

Bagian Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas
Diponegoro

ABSTRACT

Background : Adolescence is a priode of transition signed by physical, emotional and psychological changes, which occurred maturation of human reproductive organs (puberty). Santri in islamic boarding are teenagers that in growth is often accompanied by juvenile common problems such as physical changes, social adjustment, and issues relating to the opposite sex. This condition is exacerbated by the globalization that is characterized by increasingly the flow of information, which is the relationship behavior that is not healthy tends the teenager doing premarital sex, including santri. Survey Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) in Semarang in 2010 about reproductive health showed 43,22% their knowledge are low and 63% of teenagers who are dating is not ashamed to do petting. The purpose of this study is to determine the impact of giving the education of reproductive health towards knowledge, attitude and practice of santri in islamic boarding in Semarang.

Method : This research is a kind of pre-experimental study with static group comparison approach. The population in this research is the santri of MA Nurul Huda Azzuhdi 174 people then the samples were taken by 50 santri using proportional stratified random sampling method. The data analyzed by T-test, Mann Whitney and Crosstab.

Result : The result showed that 66% og santri knowledge are "less", 40% their attitude are "permissive", and 24% their practice are "high risk". Then the result of statistical test T-test showed the difference between knowledge of santri in islamic boarding intervention and control with value of $p=0,001$. While Mann Whitney statistical test results showed no difference between the attitude and practice of santri in islamic boarding intervention and control, each with value of $p=0,111$ and $p=0,057$. In the Crosstab statistical test results showed difference between the attitude og the santri of the man and the woman with value of $p=0,001$, while the knowledge and practice there is no difference with value of $p=0,232$ and $p=0,321$.

Conclusions : From this study it can be conclude that the reproductive health education that is given, impacted significant in changing the knowledge, but can not increase the knowledge good enough, and less significant in changing the attitude and practice og santri.

Keywords : education, health, reproductive, teenagers, santri

PENDAHULUAN

Data sensus penduduk tahun 2010, jumlah penduduk Indonesia telah mencapai 237,6 juta jiwa.¹ Jumlah penduduk yang tinggi tersebut harus diimbangi dengan upaya peningkatan kualitas penduduk. Peningkatan kesehatan reproduksi bagi remaja dan generasi muda merupakan salah satu upaya peningkatan kualitas hidup manusia yang akan meningkatkan indeks sumber daya manusia di masa yang akan datang.² Hal tersebut disebabkan karena jumlah remaja cukup besar yaitu 26,67% dari total penduduk Indonesia, dimana usia 15-24 tahun tidak kurang dari 40,75 juta jiwa dan usia 10-14 tahun sebanyak 22,7 juta jiwa.¹

Remaja adalah bagian yang penting dalam masyarakat, terutama di negara berkembang, remaja merupakan bagian terbesar dalam populasi. Data demografi dari *World Health Organization* (WHO) tahun 1995 menunjukkan bahwa remaja merupakan populasi yang cukup besar dari seluruh penduduk dunia. Sekitar seperlima penduduk dunia adalah remaja berumur 10-19 tahun, sekitar 900 juta berada di negara berkembang. Di Asia Pasifik penduduknya merupakan 60% dari penduduk dunia, seperlimanya adalah remaja berumur 10-19 tahun.³

Masa remaja merupakan masa peralihan antara masa kanak-kanak dan masa dewasa. Masa remaja sering digambarkan sebagai masa yang paling indah, karena penuh dengan kegembiraan dan tantangan yang ditandai dengan adanya pertumbuhan secara fisik, perkembangan psikis, emosi, sosial, kognitif serta kematangan seksual. Masa remaja sering disebut masa *storm and stress* karena banyaknya goncangan-goncangan dan perubahan yang cukup radikal dari masa sebelumnya. Konflik yang dihadapi oleh remaja semakin kompleks seiring dengan perubahan pada berbagai dimensi

kehidupan dalam diri mereka, yaitu perubahan dimensi biologis, kognitif, moral dan psikologis. Konflik yang terjadi akan menyebabkan banyak permasalahan dan tidak terlepas dari pengaruh lingkungan, sosial ekonomi dan politik.⁴

Pengaruh-pengaruh negatif yang rawan di masa remaja seperti narkoba, kriminal, dan kejahatan seks. Ketidaksiapan remaja dalam menghadapi perubahan-perubahan yang terjadi pada diri dan lingkungan sekitarnya dapat menimbulkan berbagai perilaku menyimpang.³ Kenyataan yang ada di Indonesia saat ini, masalah yang paling banyak terjadi pada remaja yaitu kehamilan dan infeksi menular seksual (IMS), HIV/AIDS, penyalahgunaan obat dan narkoba, merokok, dan perilaku kekerasan seperti perkosaan.⁵

Seiring dengan perubahan fisik dan kematangan seksualnya, remaja memiliki minat yang besar terhadap aktivitas seksual. Meningkatnya minat seksual remaja mendorong bagi remaja itu sendiri untuk selalu berusaha mencari informasi dalam berbagai bentuk, terlepas benar tidaknya informasi tersebut. Sumber informasi dapat diperoleh dengan bebas mulai dari teman sebaya, buku-buku, film, video, bahkan dengan mudahnya membuka situs-situs lewat internet, namun ironisnya sangat sedikit remaja memperoleh pendidikan seksual (reproduksi) dari guru ataupun orang tua sehingga tidak jarang remaja melangkah sampai tahap percobaan.⁶

Akibat buruk dari hubungan seksual pranikah dapat membawa remaja dengan segala akibatnya, antara lain terjadi kehamilan remaja putri di luar nikah.⁷ Data Kementerian Kesehatan RI sampai 30 September 2010, secara kumulatif jumlah kasus AIDS yang dilaporkan sebanyak 22.726 kasus tersebar di 32 provinsi dan 300 kabupaten/kota. Kasus terbanyak

menimpa kelompok belia dan produktif (usia 20-39 tahun) sebanyak 78,8%. Penyebab utama atau cara penularan terbanyak adalah melalui hubungan heteroseksual (51,3%).⁸ Begitu pula di Semarang, salah satu kota besar di Indonesia yang merupakan ibukota Propinsi Jawa Tengah. Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Kelompok Umur 10-19 Tahun, terdapat jumlah kasus hamil diluar nikah pada tahun 2009 sebanyak 75 kasus dan pada tahun 2010 sebanyak 173 kasus. Kemudian di tahun 2011 terdapat 95 kasus IMS dan tahun 2012 ditemukan dua kasus HIV/AIDS.

Suatu fenomena yang menarik adalah bahwa hubungan seksual pranikah justru banyak dilakukan oleh remaja yang berpacaran. Meskipun tidak semua remaja berpacaran melakukan hal tersebut, tetapi dari fakta tersebut menunjukkan kecenderungan yang mengkhawatirkan dan memprihatinkan.⁹ Seiring dengan pesatnya arus perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama teknologi informasi yang telah menghadirkan berbagai kemudahan fasilitas informasi seperti kemajuan internet sebagai bagian dari media massa, majalah, *handphone* (HP), TV, DVD dan sebagainya memberikan banyak informasi yang dapat mempengaruhi bahkan menyesatkan remaja. Semakin menggejalanya perilaku seksual remaja khususnya dengan pacar, maka semakin diperlukan pendekatan yang lebih efektif untuk memasyarakatkan informasi yang benar mengenai seks (reproduksi) sehat kepada remaja.¹⁰

Pendidikan kesehatan reproduksi masih diposisikan sebagai wacana daripada langsung diinformasikan dan diajarkan kepada remaja melalui berbagai metode dan sistem. Tujuannya agar remaja dapat mengimplementasikan pengetahuan kesehatan reproduksinya dengan bersikap positif sehingga dapat menjadi remaja yang bertanggung jawab terhadap dirinya sendiri dan keluarga

dalam menjaga diri dengan berbekal pengetahuan dan pemahaman yang benar mengenai kesehatan reproduksi remaja.³

Penyebaran informasi bagi remaja dilakukan di sekolah dan luar sekolah, termasuk pondok pesantren. Peranan pesantren sebagai sebuah lembaga pendidikan yang sangat intensif membahas masalah agama Islam yang berguna bagi masyarakat luas, sudah semestinya membahas seksualitas melalui pendidikan seks atau pendidikan kesehatan reproduksi. Akan tetapi realitasnya, bahasan kesehatan reproduksi masih tergolong tema yang sangat jarang di kalangan pesantren. Pola kehidupan di pondok pesantren mewajibkan santri untuk menetap di pondok selama masa pendidikan dan melakukan segala aktifitas sehari-hari di areal pondok pesantren, tidak terkecuali saat menghadapi masa remaja. Hal ini membuat masalah kesehatan reproduksi remaja sangat penting untuk diinformasikan kepada remaja di pondok pesantren.¹¹

Berdasarkan data Dinas Kesehatan Kota Semarang tentang Kesehatan Reproduksi Remaja Kelompok Umur 10-19 Tahun, kasus reproduksi remaja salah satunya terjadi di wilayah kerja Puskesmas Rowosari. Puskesmas Rowosari merupakan lima besar puskesmas dengan jumlah kasus reproduksi remaja terbanyak. Data Puskesmas Rowosari Tahun 2011, terdapat 14 pondok pesantren yang masuk wilayah kerja Puskesmas Rowosari dengan jumlah total santri 418 orang, diantaranya 224 santri laki-laki dan 194 santri perempuan. Dengan jumlah tersebut, santri belum terfasilitasi program penyuluhan kesehatan yang menyentuh kesehatan reproduksi remaja. Namun ada satu pondok pesantren wilayah kerja Puskesmas Rowosari yang telah aktif memberikan pendidikan kesehatan reproduksi secara mandiri, yaitu Pondok Pesantren Nurul Huda Azzuhdi.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian eksperimen. Penelitian ini menggunakan rancangan pra-eksperimen (*pre-experimental design*) dengan pendekatan *static group comparison*. Populasi intervensi dalam penelitian ini adalah santri MA Pondok Pesantren Nurul Huda Azzuhdi yang telah diberi pendidikan kesehatan reproduksi, sedangkan kontrol adalah santri MA Pondok Pesantren Taqwal Illah yang tidak diberi pendidikan kesehatan reproduksi. Berdasarkan penghitungan rumus sampel diperoleh besar sampel intervensi sebanyak 50 responden. Besar sampel kontrol ditentukan berdasarkan perbandingan antara sampel intervensi dengan kontrol yaitu 1 : 1, sehingga diperoleh sampel kontrol ada 50 responden. Teknik pengambilan sampel dilakukan dengan cara *Proportional Stratified Random Sampling*.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil analisis univariat menunjukkan bahwa sebagian besar santri pondok pesantren intervensi memiliki kategori pengetahuan “kurang” tentang kesehatan reproduksi, yaitu sebanyak 66% (33 responden) dan sikap santri terhadap perilaku pacaran sebanyak 40% memiliki kategori sikap “permissif” (20 responden).

Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi yang telah diberikan pada santri intervensi belum bisa meningkatkan pengetahuan santri menjadi baik, meskipun sikap santri intervensi cenderung positif. Secara teori, hal ini dapat disebabkan karena proses pendidikan kesehatan yang dilakukan masih kurang bervariasi dalam kelengkapan fasilitas dan metode pembelajarannya. Meskipun pada pengetahuan santri, ada kemungkinan pengaruh dari faktor lain, yaitu rentang waktu antara pendidikan yang diberikan terakhir kali pada santri dengan pengambilan data (*post-test*) yang dilakukan peneliti, sehingga hal tersebut kemungkinan ikut mempengaruhi retensi pengetahuan santri. Namun metode dan

media yang tepat lebih banyak mempengaruhi santri untuk mengingat materi dalam waktu yang lama.

Hal tersebut sesuai dengan teori Lawrence Green (1980), bahwa faktor pemungkin (*enabling factor*) yang terwujud dalam ketersediaan sumber daya pendidikan kesehatan reproduksi remaja dapat memberikan akibat pada faktor predisposisi (*predisposing factor*) berupa perubahan pengetahuan dan sikap.¹² Hal senada juga dikemukakan pada hasil penelitian Achjar (2006), bahwa efektivitas pendidikan kesehatan reproduksi remaja dapat dipengaruhi oleh kemampuan penyuluh, metode dan media yang digunakan, lingkungan tempat dilakukannya penyuluhan, dan penyampaian materi.⁴ Notoatmodjo (2007) juga mengemukakan bahwa perubahan pengetahuan dan sikap merupakan hasil belajar dimana dalam proses belajar terjadi pengaruh timbal balik antara berbagai faktor, antara lain subjek belajar (sasaran), pengajar atau fasilitator belajar, metode yang digunakan, alat bantu belajar (media), dan materi atau bahan yang dipelajari.¹²

Sebetulnya pondok pesantren intervensi memiliki sumber daya manusia yang sudah baik sebagai fasilitator, dan sudah mendapat sertifikat resmi sebagai Ketua Pusat Informasi Konsultasi Kesehatan Reproduksi Remaja (PIKKRR) serta sudah mengikuti pelatihan-pelatihan yang diselenggarakan oleh pemerintah. Namun fasilitas sarana dan prasarana untuk menunjang metode dan media masih kurang. Metode ceramah yang digunakan sudah baik, namun perlu diberikan tambahan metode yang lebih bervariasi. Fasilitator juga dapat dibantu dalam memberikan pendidikan kesehatan reproduksi dengan memberdayakan santri sebagai *peer educator* (pendidik sebaya). *Peer educator* laki-laki untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi pada santri laki-laki, dan *peer educator* perempuan untuk memberikan pendidikan kesehatan reproduksi pada santri perempuan. Proses pemberian

pendidikan kesehatan reproduksi yang dilakukan oleh pondok pesantren intervensi dijabarkan secara rinci sebagai berikut.

1. Metode

Pondok pesantren intervensi memberikan pendidikan kesehatan reproduksi kepada santrinya dengan menggunakan metode personal (bimbingan konseling) dan metode kelompok (ceramah, diskusi kelompok dan curah pendapat). Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2007), bahwa metode untuk belajar pengetahuan lebih baik menggunakan metode ceramah.¹² Meskipun begitu, metode ceramah dan diskusi yang digunakan belum dapat meningkatkan pengetahuan santri menjadi baik. Secara teori, metode yang digunakan fasilitator dalam menyampaikan materi kurang bervariasi, sehingga memungkinkan santri bosan dan kurang berminat untuk mengikuti pendidikan kesehatan secara kontinyu. Kondisi ini didukung oleh hasil penelitian Campbell (2005) bahwa kesuksesan suatu program pelatihan dapat dirancang dengan menggunakan metode berbeda seperti diskusi kelompok, curah pendapat (*brainstorming*), bermain peran (*role play*) dan drama.⁴ Sehingga dengan metode yang bervariasi, diharapkan dapat meningkatkan retensi pengetahuan santri.

Untuk merubah sikap, perlu adanya pengembangan metode yang digunakan, seperti psikodrama dan bermain peran, serta media yang menampilkan video berduka dan kesaksian pribadi dari seseorang yang mengalami masalah kesehatan reproduksinya, sehingga dapat menghasilkan peningkatan pengalaman emosional. Azwar (2011) menuturkan, bahwa untuk memperoleh sikap yang mendukung tidak hanya diperlukan pengetahuan saja, tetapi diantaranya dipengaruhi oleh faktor emosional, pengalaman

pribadi, dan pengaruh orang lain yang dianggap penting.¹³

2. Media

Media yang digunakan oleh fasilitator pondok pesantren intervensi adalah media cetak berupa poster dan media elektronik berupa gambar-gambar yang disajikan dalam bentuk presentasi *PowerPoint*. Notoatmodjo (2007) mengemukakan bahwa media atau alat peraga berfungsi untuk membantu dan memperagakan sesuatu di dalam proses penyampaian pendidikan kesehatan.¹² Secara teori, media yang digunakan fasilitator untuk meningkatkan pengetahuan santri perlu dikemas lebih menarik dan bervariasi seperti pemutaran film atau VCD yang dapat mendekatkan daya imajinasi santri, juga dengan membagikan *leaflet* atau *booklet* yang lebih banyak berisi pesan-pesan kesehatan reproduksi dibandingkan poster yang lebih banyak bersifat pemberitahuan melalui gambar saja. Semakin banyak indera yang digunakan untuk menerima sesuatu, maka semakin jelas pula pengetahuan yang diperoleh.¹² Media berupa alat peraga juga bisa digunakan seperti replika organ reproduksi manusia ketika menjelaskan materi tentang organ-organ reproduksi dan fungsinya, atau dengan alat-alat kontrasepsi asli ketika menjelaskan jenis-jenis alat kontrasepsi, sehingga santri dapat melihat dan menyentuh langsung pada benda aslinya. Hal tersebut bisa menarik perhatian santri dan mendekatkan pemahaman santri terhadap materi. Penggunaan media pendidikan kesehatan yang mempunyai intensitas yang paling tinggi adalah benda asli, sedangkan yang memiliki intensitas penerimaan kepada sasaran yang paling rendah adalah dengan kata-kata.¹²

3. Fasilitator

Pondok pesantren intervensi hanya memiliki satu fasilitator pendidikan kesehatan reproduksi. *Peer educator* (pendidik sebaya) juga perlu

diberdayakan untuk meningkatkan pengetahuan santri. Berdasarkan wawancara pada santri, sebagian besar santri lebih senang bercerita masalah kesehatan reproduksi dengan teman sebaya dibanding fasilitator. Hal ini senada dengan penelitian Martuah (1997), bila ada masalah yang berkaitan dengan pendidikan seks (reproduksi), remaja lebih banyak menyampaikannya ke teman (62,5%). Menurut Mevsim (2009) *peer educator* adalah suatu alat pendidikan yang paling efektif untuk remaja.¹³

4. Materi

Materi yang telah didapatkan santri meliputi 1) pengenalan organ reproduksi laki-laki dan perempuan; 2) pubertas (menstruasi dan mimpi basah); 3) KB dan alat kontrasepsi; 4) pacaran; 5) IMS dan HIV/AIDS; 6) NAPZA dan 7) pornografi. Effendy (1998) mengemukakan bahwa materi ikut menentukan proses dan hasil belajar. Materi atau pesan yang akan disampaikan hendaknya disesuaikan dengan kebutuhan sasaran sehingga materi yang disampaikan dapat dirasakan langsung manfaatnya.⁴ Dalam memberikan penyuluhan, fasilitator memberikan materi disertai penjelasan sesuai kaidah ajaran agama Islam dan menghubungkannya dengan kebersihan organ reproduksi. Materi kesehatan reproduksi sangat perlu diimbangi dengan muatan moral dan melalui pendekatan agama, karena masalah-masalah reproduksi muncul disebabkan adanya pergeseran norma dan nilai-nilai sosial budaya yang mengarah pada perilaku tidak bertanggung jawab.¹¹ Untuk merubah sikap, perlu adanya penekanan materi yang menjelaskan tentang konsekuensi-konsekuensi yang harus diterima jika santri memilih berperilaku tidak sehat, serta manfaat dari segi materi maupun non-materi yang didapatkan jika berperilaku sehat.

5. Waktu (durasi dan frekuensi)

Durasi waktu penyuluhan di kelas berlangsung 60 – 90 menit setiap kali tatap muka. Frekuensi pemberian pendidikan kesehatan reproduksi pada santri yaitu setiap tiga bulan sekali. Sehingga santri yang menjadi responden penelitian ini sudah mendapatkan pendidikan kesehatan reproduksi sebanyak 5 kali, terhitung sejak pertama kali diberikan sampai terakhir kali sebelum peneliti melakukan pengambilan data.

Secara teori, frekuensi dan durasi waktu pemberian materi juga perlu lebih disesuaikan dengan situasi dan kondisi santri sendiri, sehingga tidak memberatkan serta materi tersampaikan dan dimengerti oleh remaja. Menurut Moeliono (2004), untuk melakukan sesuatu pada remaja sebaiknya melibatkan remaja mulai tahap perencanaan program, pelaksanaan, monitoring dan evaluasi.¹⁴

Hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa dari tiga variabel yang diteliti, yaitu pengetahuan, sikap dan praktek, hanya variabel pengetahuan yang menunjukkan perbedaan yang signifikan antara santri pondok pesantren intervensi dengan kontrol.

1. Pengetahuan Santri tentang Kesehatan Reproduksi

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan *T-test* menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan santri pondok pesantren intervensi dan kontrol mengenai kesehatan reproduksi dengan $p=0,001$ ($p<0,05$). Jika dilihat dari *mean* skor, santri pondok pesantren intervensi lebih tinggi dibandingkan kontrol, yaitu 97,86 berbanding 85,06.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Magdalena (1997) di sekolah dasar di Kecamatan Cilandak Jakarta Selatan, bahwa terdapat perbedaan pengetahuan antara yang diberikan penyuluhan dengan yang tidak mendapatkan penyuluhan.¹³

Pendidikan kesehatan reproduksi merupakan salah satu sumber informasi bagi santri. Keikutsertaan santri pada pendidikan kesehatan reproduksi memberi peluang yang lebih besar terhadap bertambahnya pengetahuan. Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2007) bahwa dalam waktu yang pendek (*immediate impact*) pendidikan kesehatan reproduksi dapat menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan¹⁵.

2. Sikap

Hasil analisis bivariat dengan menggunakan *Mann Whitney* menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang signifikan antara sikap santri pondok pesantren intervensi dan kontrol dengan $p=0,111$ ($p>0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi yang telah diberikan, masih belum bisa merubah sikap santri pondok pesantren intervensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian Sari (2012), bahwa tidak ada perbedaan antara sikap remaja tentang seks pranikah sebelum dan sesudah dilakukan penyuluhan di SMA Sultan Agung 3 Semarang.¹⁶

Perubahan sikap membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan pengetahuan. Bloom (1908) dalam domain perilakunya, menyebutkan bahwa sikap memiliki tingkat-tingkat berdasarkan intensitasnya. Untuk dapat merubah sikap, tahapan proses yang dilalui yaitu menerima, menanggapi, menghargai, hingga bertanggung jawab.¹² Hal ini senada dengan Prochaska dalam *Transtheoretical Model* yang menjelaskan proses perubahan perilaku membutuhkan waktu enam bulan dalam beberapa tahapan perubahan.¹⁷

3. Praktek

Hasil analisis uji beda menggunakan *Mann Whitney* menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara praktek santri

pondok pesantren intervensi dan kontrol dengan $p=0,057$ ($p>0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan reproduksi yang telah diberikan belum bisa merubah praktek santri pondok pesantren intervensi. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Fatimah (2012), bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara praktek tentang PHBS responden yang mendapat intervensi promosi kesehatan dengan responden yang tidak mendapat intervensi promosi kesehatan.¹⁸ Secara teori, hal ini disebabkan pendidikan kesehatan reproduksi pondok pesantren intervensi hanya bertujuan untuk merubah pengetahuan dan sikap santri saja.

Kemudian, peneliti juga membandingkan dampak pemberian pendidikan kesehatan reproduksi terhadap santri pondok pesantren intervensi laki-laki dengan perempuan dengan menggunakan *Crosstab*.

1. Pengetahuan

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara pengetahuan santri pondok pesantren intervensi laki-laki dengan perempuan dengan $p=0,232$ ($p>0,05$). Santri laki-laki yang memiliki kategori pengetahuan "kurang" sebanyak 42% (14 responden), sedangkan santri perempuan" sebanyak 58% (19 responden). Hal ini menunjukkan bahwa proporsi kategori pengetahuan "kurang" tentang kesehatan reproduksi lebih besar pada santri perempuan dibandingkan laki-laki, meskipun perbedaannya tidak signifikan.

Secara teori, kecenderungan santri perempuan yang memiliki skor lebih rendah dibandingkan laki-laki dapat disebabkan karena pengaruh fasilitator pendidikan kesehatan reproduksi yang seorang guru laki-laki, sehingga ada kecenderungan santri perempuan lebih malu dan bertanya dan berdiskusi dibandingkan santri laki-laki, apalagi mengenai masalah reproduksi yang sensitif.

Sebagai pemberi materi, fasilitator memiliki pengaruh untuk merubah dan meningkatkan pengetahuan santri.

2. Sikap

Hasil analisis bivariat menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara sikap santri pondok pesantren intervensi laki-laki dan perempuan dengan $p=0,001$ ($p<0,05$). Santri laki-laki yang memiliki sikap "permissif" terhadap perilaku pacaran sebanyak 16 responden (80%), sedangkan santri perempuan yang memiliki sikap "permissif" terhadap perilaku pacaran hanya 4 responden (20%). Hal ini sesuai dengan penelitian Setiawan (2008), dimana remaja laki-laki lebih bersikap permissif atau mendukung perilaku seks pranikah daripada perempuan.¹⁰

3. Praktek

Hasil analisis bivariat menunjukkan tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara praktek santri pondok pesantren intervensi laki-laki dan perempuan dengan $p=0,0321$ ($p>0,05$). Pada kategori praktek "beresiko tinggi", terdapat 33% santri laki-laki (4 responden) dan 67% santri perempuan (8 responden). Santri pondok pesantren intervensi perempuan memiliki pengetahuan dan praktek yang lebih buruk dibandingkan laki-laki. Hal ini sesuai dengan teori Notoatmodjo (2007), bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting dalam membentuk tindakan seseorang.¹² Seseorang yang memiliki pengetahuan buruk, cenderung memiliki perilaku yang lebih buruk.

SIMPULAN

1. Pendidikan kesehatan reproduksi yang diberikan kepada santri intervensi belum bisa meningkatkan pengetahuan santri menjadi baik. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, yaitu metode dan media yang digunakan kurang bervariasi, kurangnya metode studi kasus untuk dapat meningkatkan sikap santri;

perlu adanya pemberdayaan *peer educator* (pendidik sebaya) santri laki-laki dan perempuan sebagai fasilitator; materi yang diberikan masih umum dan belum sesuai kebutuhan santri, sehingga kurang dirasakan manfaatnya secara langsung; serta waktu pemberian belum melibatkan peran santri secara aktif dalam perencanaan program sehingga dapat sesuai dengan situasi dan kondisi santri.

2. Ada perbedaan antara pengetahuan santri pondok pesantren intervensi dan kontrol tentang kesehatan reproduksi dengan $p=0,001$ ($p<0,05$) dimana *mean* intervensi 97,36 sedangkan kontrol 85,06.
3. Tidak ada perbedaan antara sikap terhadap perilaku pacaran santri pondok pesantren intervensi dan kontrol dengan $p=0,111$ ($p>0,05$), dimana *mean rank* intervensi 46,50 dan kontrol 54,50.
4. Tidak ada perbedaan antara praktek pacaran santri pondok pesantren intervensi dengan kontrol dengan $p=0,057$ ($p>0,05$) dimana *mean rank* intervensi 46,00 dan kontrol 55,00.
5. Sebagian besar santri pondok pesantren intervensi memiliki kategori pengetahuan "kurang" tentang kesehatan reproduksi, yaitu sebanyak 66% (33 responden). Pengetahuan yang masih kurang yaitu tentang siklus menstruasi, bagian dan fungsi alat reproduksi perempuan, metode dan jenis alat kontrasepsi, serta macam-macam dan gejala IMS.
6. Santri pondok pesantren intervensi yang memiliki kategori sikap "permissif" terhadap perilaku pacaran sebanyak 40% (20 responden). Sikap yang perlu diperhatikan yaitu tentang sikap permissif terhadap perilaku berpelukan, saling meraba tubuh, *kissing* dan *necking* yang boleh dilakukan saat berpacaran; serta sikap permissif terhadap pernyataan bahwa *kissing*, *necking*, *petting* dan *intercourse* yang dilakukan saat berpacaran merupakan tanda kasih sayang.

7. Santri pondok pesantren intervensi yang memiliki kategori praktek pacaran "beresiko tinggi" sebanyak 24% (12 responden). Praktek "beresiko tinggi" yang perlu diperhatikan adalah praktek santri yang melakukan *necking* dan *petting*.
 8. Tidak ada perbedaan antara pengetahuan tentang kesehatan reproduksi santri pondok pesantren intervensi laki-laki dan perempuan dengan $p=0,232$ ($p>0,05$). Santri laki-laki yang memiliki pengetahuan "kurang" sebanyak 56% (14 responden), sementara santri perempuan sebanyak 58% (19 responden).
 9. Ada beda antara sikap terhadap perilaku pacaran santri pondok pesantren intervensi laki-laki dan perempuan dengan $p=0,001$ ($p<0,05$). Santri laki-laki yang bersikap "permisif" sebanyak 80% (16 responden), sedangkan santri perempuan hanya 20% (4 responden).
 10. Tidak ada perbedaan antara praktek pacaran santri pondok pesantren intervensi laki-laki dan perempuan dengan $p=0,0321$ ($p<0,05$). Santri laki-laki yang memiliki praktek "beresiko tinggi" sebanyak 33% (4 responden), sedangkan santri perempuan yang memiliki praktek "beresiko tinggi" sebanyak 67% (8 responden).
- DAFTAR PUSTAKA**
1. Badan Pusat Statistik. *Penduduk Indonesia Menurut Propinsi Tahun 1971-2010*. (Online). (http://www.bps.go.id/tab_sub/view.php?kat=1&tabel=1&daftar=1&id_subyek=12¬ab=1, diakses 15 Mei 2013).
 2. Cahyo Kusyogo, Kurniawan Tri Purwanto & Margawati Anggraini. *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Praktik Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA Negeri 1 Purbalingga Kabupaten Purbalingga*. Jurnal Promosi Kesehatan Indonesia, (Online), Vol. 3, No. 2, Agustus, 2008. (<http://ejournal.undip.ac.id/index.php/jkm/pki/article/download/2540/2250>, diakses 15 Mei 2013).
 3. Rima Ramdhiani. *Program Bimbingan dan Konseling untuk Meningkatkan Sikap Remaja Terhadap Kesehatan Reproduksi*. Jurnal Universitas Pendidikan Indonesia, (Online), 2011. (http://repository.upi.edu/operator/uplod/s_ppb_040296_chapter1.pdf, diakses 15 Mei 2013).
 4. Achjar, Komang Ayu Henny. *Pengaruh Penyampaian Pendidikan Kesehatan Reproduksi oleh Kelompok Sebaya (Peer Group) terhadap Pengetahuan Kesehatan Reproduksi Remaja di Kelurahan Kemiri Muka Depok*, Thesis tidak diterbitkan. Jakarta : Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2006.
 5. Soetjiningsih. *Tumbuh Kembang Remaja dan Permasalahannya*. Jakarta : Sagung Seto. 2004.
 6. Iswarati dan Prihyugiarto. *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Sikap dan Perilaku Seksual Pranikah Remaja Indonesia*. Jurnal ilmiah KB dan KR, (Online), No.2, 2008. (<http://bkkbn.go.id>, diakses 3 Desember 2013).
 7. Mentari, Dinda Suminar. *Perilaku Seksual Pranikah Mahasiswa Kost di Kota Semarang*. Skripsi tidak diterbitkan. Semarang : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro. 2010.
 8. Hastutik. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Remaja Tentang Kesehatan Reproduksi Dengan Sikap Terhadap Seks Pra Nikah*. Jurnal Dinas Kesehatan Propinsi Jawa Tengah, (Online), 2011. (http://ejournal.dinkesjatengprov.go.id/dokument/2012_1/ARTIKEL/HUBUNGAN%20TINGKAT%20PENGETAHUAN%20REMAJA%20TENTANG%20KESEHATAN%20REPRODUKSI%20DENGAN%20SIKAP%20TERHADAP%20SEKS%20PRA%20NIKAH.pdf, Diakses 15 Mei 2013).
 9. Mayasari, Fitri dan Hadjam. *Perilaku Seksual Remaja dalam Berpacaran*

- Ditinjau dari Harga Diri Berdasarkan Jenis Kelamin.* Jurnal Psikologi, (Online), No.2, 120-127, 2000. (<http://psikologi.ums.ac.id/wp-content/uploads/2013/12/Perilaku-Seksual-Ditinjau-dari-Kualitas-Komunikasi-Orang-Tua-Anak.pdf>, diakses 10 Desember 2013).
10. Setiawan, Roni dan Nurhidayah. *Pengaruh Pacaran terhadap Perilaku Seks Pranikah.* Jurnal Soul, (Online), Vol. 1, No. 2, September 2008. (<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=94974&val=1228>, diakses 10 Desember 2013).
 11. Khasib, Faisal. *Implementasi Pendidikan Kesehatan Reproduksi di Pondok Pesantren Miftahussa'adah Mijen Semarang.* Skripsi tidak diterbitkan. Semarang : Fakultas Tarbiyah IAIN Walisongo. 2009.
 12. Notoatmodjo, Soekidjo. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku.* Jakarta: PT Rineka Cipta. 2007.
 13. Maolinda Nisa, Sriati Aat dan Maryati Ida. *Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Siswa terhadap Pendidikan Kesehatan Reproduksi Remaja di SMA N 1 Margahayu.* E-Jurnal Mahasiswa Universitas Padjadjaran, (Online), Vol. 1, No.1, 2012. (www.portalgaruda.org/download_article.php?article=103848&val=1378, diakses 10 Desember 2013).
 14. Moeliono, Laurike. *Proses Belajar Aktif Kesehatan Reproduksi Remaja.* Jakarta: BKKBN. 2004.
 15. Puspitaningrum, Dewi. *Faktor-faktor yang Mempengaruhi Praktik Perawatan Organ Genitalia Eksternal pada Anak Usia 10-11 Tahun yang Mengalami Menarche Dini di Sekolah Dasar Kota Semarang.* Seminar Hasil-Hasil Penelitian LPPM Unimus, (Online), 2012. (<http://digilib.unimus.ac.id/files/disk1/128/jtptunimus-gdl-dewipuspit-6364-1-dewipus-m.pdf>, diakses 24 Desember 2013).
 16. Sari Lita Ruwantika, Dewi Puspitaningrum dan Agustin Rahmawati. *Perbedaan Pengetahuan dan Sikap Remaja Tentang Seks Pranikah Sebelum dan Sesudah Penyuluhan di SMA Islam Sultan Agung 3 Semarang.* Semarang : Program Studi Diploma III Kebidanan. 2012.
 17. Velicer, Prochaska, J.O. Fava, J.L. Norman, G.J. and Redding, C.A. *Smoking Cessation and Stress Management: Applications of The Transtheoretical Model of Behavior Change.* Homeostatis, 38, 216-233.
 18. Fatimah, Siti. *Pengaruh Intervensi Promosi Kesehatan Terhadap Pengetahuan, Sikap dan Praktek Perilaku Hidup Bersih dan Sehat Siswa Kelas 4 dan 5 SDN Kembaran Kecamatan Loano Kabupaten Purworejo Propinsi Jawa Tengah Tahun 2012.* Skripsi tidak diterbitkan. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Program Studi Sarjana Kesehatan Masyarakat Peminatan Kebidanan Komunitas. 2012.